

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Lucien MORILIÈRE

Né le 7 Mai 1914 à Evreux (Eure)

Des applications de la Symphysiotomie partielle aux Dystocies de la Tête dernière

Président : COUVELAIRE Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Lucien MORILIÈRE

Né le 7 Mai 1914 à Evreux (Eure)

Des applications de la Symphysiotomie partielle aux Dystocies de la Tête dernière

Président : COUVELAIRE Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED
24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

En respectueux hommage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur DESNOYERS

Accoucheur des Hôpitaux

*qui m'a inspiré le sujet de ce travail
et fourni les principaux documents.*

Témoignage de ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur CARNOT.

Monsieur le Professeur CUNEO.

Monsieur le Docteur HERSCHER.

Monsieur le Docteur MOURE.

Monsieur le Docteur TIXIER.

Monsieur le Docteur KUSS.

Monsieur le Docteur PAISSEAU.

Monsieur le Docteur LAUNAY.

Monsieur le Docteur DESNOYERS.

HISTORIQUE

C'est Sigault qui, en 1777, fit en France la première symphysiotomie. L'idée d'élargir le bassin osseux dans les accouchements dystociques avait d'ailleurs de tout temps préoccupé les accoucheurs.

Les symphysiotomies suivantes furent d'ailleurs d'un succès relatif et peu encourageant.

Mais vers 1880, sous l'influence de Pinard, Farabeuf, Varnier, la pratique de la symphysiotomie subit un nouvel essor; ces auteurs en précisent les lois et la technique.

En 1892, Pinard fait sa première symphysiotomie, et, après le retentissement de ses communications, on commence de toutes parts à s'intéresser à la méthode.

Mais, parallèlement, la technique de la césarienne corporéale s'était améliorée. Aussi, les indications de la symphysiotomie diminuèrent au profit de celles de la césarienne.

A la suite des travaux de Gigli, les progrès de la pubiotomie sous-cutanée profitent à la symphysiotomie. Aux procédés à ciel ouvert de Farabeuf succèdent les symphysiotomies sous-cutanées.

Enfin Zarate, en 1915, améliore considérablement la technique de Frank et obtient d'excellents résultats par le procédé de symphysiotomie partielle sous-cutanée intraligamentaire.

Actuellement, le procédé employé est toujours celui de Zarate, car, comme le dit Cathala, « cette technique a l'avantage de conserver la presque totalité des ligaments de la symphyse. Les ligaments qui ne sont pas sectionnés s'allongent sans se déchirer. Mais elle ne permet qu'un écartement limité qui ne dépasse pas 3 cm., car la tension du manchon fibreux et du ligament de Henlé, s'il reste intact, ne permet pas d'atteindre plus ».

INTRODUCTION

La symphysiotomie partielle sous-cutanée consiste essentiellement en « une boutonnière cutanée destinée à pénétrer dans l'articulation pubienne et à sectionner la symphyse dans toute son étendue en respectant toutefois le surtout ligamentaire supérieur et le ligament arqué sous-pubien » (M. Desnoyers).

Le bassin symphysiotomisé équivaut alors pratiquement à un bassin dont le promonto-pubien minimum serait supérieur de 1 cm.

Les diamètres transverses du détroit supérieur et du détroit moyen, de même que le diamètre bi-ischiatique du détroit inférieur, participent davantage de l'augmentation et s'accroissent d'une quantité presque égale à l'écartement pubien.

La plupart des observations publiées au sujet de l'opération de Zarate concernent les dystocies céphaliques.

C'est qu'en effet la symphysiotomie est surtout destinée aux dystocies de la tête première, car c'est dans ces cas que les indications sont le plus faciles à établir. La symphysiotomie apparaît même comme le « traitement de choix » dans les dystocies par présentation du front.

Mais nous avons constaté aussi que quelques observations de symphysiotomie pour présentations de sièges dystociques avaient été publiées. Il nous a semblé intéressant de réunir dix observations recueillies parmi celles publiées pendant ces dernières années et d'en déduire les indications et les avantages de l'opération de Zarate au sujet des présentations du siège dans les bassins rétrécis, c'est-à-dire au sujet de la dystocie de la tête dernière.

Nous laisserons volontairement de côté tout ce qui se rapporte à la technique de la méthode et ses contre-indi-

cations, tout cela étant maintenant parfaitement connu.

Nous nous contenterons simplement de dire que dans les sièges l'opérateur doit agir avec beaucoup plus de prudence que pour une présentation céphalique.

D'autre part, la résistance des parties molles peut gêner l'opérateur; aussi, pour éviter les déchirures, il sera bon, parfois, de faire une épisiotomie simple ou même double.

Enfin, de l'avis de certains auteurs français, l'opération devrait être réservée aux multipares.

Cependant, les statistiques de Zarate comportent un tiers de primipares et à la maternité de Port-Royal plus de la moitié des symphysiotomies partielles sous-cutanées ont été effectuées chez des primipares avec des résultats aussi bons que chez les multipares.

DIFFICULTES D'INDICATIONS THERAPEUTIQUES DANS LES PRESENTATIONS DU SIEGE DANS LES BASSINS RETRECIS

Pour donner des résultats excellents, la symphysiotomie doit être basée sur des indications devenues classiques et qui résident surtout dans ce fait : disproportion fœto-pelvienne légère par viciation du bassin de *type limite*.

Or, s'il est relativement aisé d'apprécier correctement cette disproportion fœto-pelvienne dans les présentations céphaliques, on conçoit facilement que cela est beaucoup plus délicat dans les présentations du siège. En effet :

1° Dans les *présentations céphaliques*.

On peut confronter aisément et *directement* les dimensions par rapport au détroit supérieur. Il suffit de faire la manœuvre classique du palper mensurateur de Pinard. Ce procédé très simple permet rapidement de savoir si la tête s'engagera ou non. Evidemment, ce n'est là qu'une méthode approximative, mais bien souvent elle suffit. D'ailleurs, on a toujours la ressource de faire « l'épreuve du travail ».

Deux éventualités sont alors possibles :

— ou bien l'engagement s'effectue, et alors l'accouchement se fera par les voies naturelles, soit spontanément, soit après une prise de forceps;

— ou bien la tête ne descend pas, l'engagement n'est pas possible, et il faut avoir recours à la chirurgie, c'est-à-dire à la césarienne haute ou basse, celle-ci, en raison de ses avantages, ayant de plus en plus la préférence des accoucheurs.

2° Mais dans les *présentations du siège*, il en est tout

autrement et les indications sont plus difficiles à poser. En effet, ici le palper mensurateur de Pinard n'est plus possible. Il n'y a donc plus possibilité d'apprécier la disproportion céphalo-pelvienne, on ne sait donc pas si l'engagement de la tête pourra se faire ou non, et alors, on se trouve pris entre deux alternatives :

— ou bien intervenir, c'est-à-dire faire une césarienne dès le début du travail, décision radicale, mais qui peut être tout à fait inutile si la tête peut passer;

— ou bien alors attendre et laisser aller. Mais cette temporisation expose souvent à des surprises désagréables et à des risques considérables surtout pour le fœtus.

On risque en effet de se trouver en présence d'une tête dernière retenue au détroit supérieur en raison de son volume ou de son degré d'ossification qu'il était impossible de prévoir.

Si la tête apparaît alors trop volumineuse par rapport au bassin, si une tentative prudente de manœuvre de Champetier montre l'impossibilité d'engager cette tête sans risques graves, la symphysiotomie reste une suprême ressource. Elle est rapide d'exécution et permettra (si ses conditions habituelles sont respectées) une extraction facile de la tête fœtale.

Exceptionnellement, la symphysiotomie pourra être faite préventivement, avant une version par manœuvres internes ou avant une extraction du siège. C'est ce qui s'est produit dans l'une de nos observations (observ. III). Chez cette multipare qui présentait un volumineux procubitus du cordon, en dehors de la pelvitomie, deux thérapeutiques étaient possibles :

— ou bien l'extraction du fœtus par version, ou bien la césarienne. Le danger de l'extraction résidait dans la viciation pelvienne qui avait créé au premier accouchement une dystocie assez grave pour entraîner la mort du fœtus. La tenter était s'exposer à nouvelle dystocie de la tête dernière avec toutes ses conséquences.

Quant à la césarienne, elle nécessitait, chez cette femme placée en milieu non chirurgical, le transport dans une maison de santé. La dilatation étant complète, c'était courir le risque de voir pendant le trajet la poche des eaux se rompre et entraîner une procidence qui pouvait être mortelle.

La symphysiotomie décidée immédiatement a été réalisée très simplement dans la chambre même de la femme, sur une table d'opération, et a donné d'excellents résultats.

De ce chapitre, nous retiendrons que les indications de la symphysiotomie dans les présentations du siège, indications relativement rares, sont difficiles à poser.

On se basera surtout sur l'histoire des accouchements antérieurs s'il s'agit d'une multipare, sur un examen rigoureux et complet du bassin, sur l'évolution du travail, de façon à pouvoir intervenir dès que se manifesteront les premiers signes de souffrance du fœtus.

Enfin, il faut retenir que l'opération de Zarate ne doit être confiée qu'à des praticiens expérimentés. Elle doit rester l'apanage de l'accoucheur de carrière, seul qualifié pour en poser l'indication, et nous souscrivons à l'opinion du professeur Couvelaire qui la réserve « aux chirurgiens parfaitement rompus aux difficultés de la technique obstétricale et de l'accouchement par les voies naturelles », d'accord en cela avec M. Desnoyers et avec M. Devraigne.

LES THERAPEUTIQUES DES DYSTOCIES DE LA TETE DERNIERE AVANTAGES DE L'OPERATION DE ZARATE

Deux cas sont à envisager suivant que la dystocie est prévue ou non.

1° *La dystocie est prévue*

Soit par l'histoire d'accouchements antérieurs, quand il s'agit de multipares, soit par suite d'un examen méticuleux du bassin.

L'accouchement spontané se révélant impossible, il faut intervenir et intervenir dès le début du travail.

Deux opérations sont alors possibles : l'opération césarienne ou la symphysiotomie à la Zarate.

a) La césarienne a certainement la préférence des auteurs français, puisque les statistiques donnent en France 8 césariennes pour 1 symphysiotomie. Il est vrai que ces résultats sont vraiment remarquables, puisqu'une statistique du professeur Couvelaire publiée il y a quelques années montre que sur 99 cas il y a eu 97 femmes vivantes et 93 enfants bien portants. Mais la césarienne n'est pas toujours réalisable, soit qu'elle soit contre-indiquée médicalement, soit qu'il y ait infection amniotique, celle-ci pouvant être apparente (fièvre) ou latente.

D'autre part, la symphysiotomie est une opération tentante, car elle trouve dans ce cas une des plus belles indications.

En effet, c'est une opération simple; la rapidité de sa technique, la simplicité de son matériel, l'anesthésie au chlorure d'éthyle qui suffit au besoin, permettent rapidement d'avoir un enfant vivant.

Toutefois, pour donner de bons résultats, certaines conditions particulières doivent être respectées.

— La viciation pelvienne peu accentuée (le diamètre promonto-sous-pubien doit être *au minimum* de 10 cm.).

— La disproportion foëto-pelvienne doit être peu accentuée.

— Les contractions utérines doivent être suffisantes pour provoquer l'accouchement spontané, après aggrandissement du bassin.

La parité ne semble pas avoir beaucoup d'importance. Par contre, nous retiendrons, comme contre-indication, chez la primipare, l'atrésie du vagin.

Toutes ces conditions étant remplies, la symphysiotomie faite dès le début du travail donne dans le cas envisagé d'excellents résultats.

2° *La dystocie n'est pas prévue*

C'est en particulier le cas où l'examen du bassin n'a pas été fait ou fait trop à la légère et où l'accoucheur n'est pas éclairé par l'histoire d'accouchements antérieurs (primipare).

Au cours d'un accouchement par le siège que l'on prévoyait normal, la tête dernière est retenue en raison de son volume ou de son degré d'ossification qu'il était impossible de prévoir.

On se trouve alors en présence d'un fait brutal, inattendu. Le pronostic est alors très grave pour l'enfant qui peut mourir en quelques minutes. Il faut donc agir très rapidement et malgré tout les chances d'avoir un enfant vivant sont bien minimes.

a) Le forceps sur cette tête dernière, retenue par un détroit supérieur rétréci, n'est pas à envisager, car de technique difficile et très dangereux même pour la mère.

b) La manœuvre de Champetier de Ribes peut être tentée, mais souvent elle ne donne aucun résultat. En outre, c'est une manœuvre de force, souvent difficile, et qui, en raison de sa brutalité, peut entraîner pour la mère des déchirures du segment inférieur, du col, des disjonctions articulaires, en particulier une rupture de la symphyse pubienne, et surtout pour l'enfant des plaies plus ou moins profondes ouvertes à l'infection, un décollement des vertèbres cervicales, une fracture du crâne,

du maxillaire inférieur, et surtout une hémorragie méningée.

c) La manœuvre de Champetier de Ribes n'ayant pas réussi, on se résout à faire d'urgence une symphysiotomie. Mais il s'agit là d'une symphysiotomie faite dans des conditions déplorables (étant donné que la manœuvre précédente aura déjà fait perdre du temps).

Aussi, lorsqu'on commence l'opération de Zarate, l'enfant risque de mourir au cours de l'intervention, malgré toute la rapidité et la virtuosité de l'opérateur.

En somme, nous voyons qu'autant la symphysiotomie donne d'excellents résultats lorsqu'elle est faite au début du travail, autant son succès est aléatoire quand elle est commencée en présence d'une tête dernière suspendue au détroit supérieur.

Et ceci nous amène à envisager la très intéressante technique de la pubiotomie différée préconisée par Cathala. Dans les sièges avec rétrécissement léger, cet auteur passe une scie de Gigli en attente derrière le pubis et ne fait la pubiotomie que s'il y a dystocie. En effet, « pendant la grossesse, on peut adopter la conduite suivante : un rétrécissement prononcé du bassin est une indication absolue de la césarienne. Si, au contraire, le rétrécissement est modéré et donne l'espoir que l'accouchement se fera sans risque pour la mère et l'enfant, on laisse la femme en travail, et, au cas où, malgré les prévisions, il survient une dystocie, on pratique, soit une césarienne si la parturiente est en excellent état, soit plutôt une pubiotomie s'il y a des craintes d'infection ovulaire » (Cathala).

En résumé, nous concluons que la symphysiotomie faite d'une façon préventive et précoce donne, si le rétrécissement est connu et modéré, d'excellents résultats. Par contre, si elle est faite tardivement pour une tête dernière, après échec de la manœuvre de Champetier de Ribes, elle pourra être parfois efficace, mais arrivera souvent trop tard, le fœtus étant déjà mort.

OBSERVATIONS

Observation I. (Revue française de Gynécologie et Obstétrique, octobre 1929.)

3^e pare. Ayant eu deux accouchements dystociques, deux mort-nés. Bassin généralement rétréci. Promonto sous-pubien de 10 cm. Sacrum plat. Présentation fœtale en siège incliné. Rupture prématurée des membranes.

Symphysiotomie à dilatation complète sous anesthésie générale au Schleich (M. Desnoyers).

Extraction d'un enfant vivant de 3 kg. Incontinence d'urine passagère, les premiers jours. Revue quatre mois après, cette femme est en excellent état à tout point de vue.

Observation II. (Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique, octobre 1929.)

Multipare. Enfant vivant né à sept mois et demi. Deux enfants morts par dystocie. Bassin annelé avec promonto-sous-pubien de 10 cm. Accouchement chirurgical décidé pendant la gestation, mais le travail se produit à huit mois. Fœtus en présentation siège complet paraissant petit. Excès de liquide. A dilatation complète, la rupture des membranes provoque une procidence du cordon. Extraction du siège, mais la tête reste élevée et ne peut être engagée malgré manœuvre de Champetier de Ribes. Symphysiotomie immédiate (M. Desnoyers) qui permet l'extraction facile de la tête. Enfant de 2 kg. 700, mais l'enfant, dont les battements cardiaques persistèrent plus de deux heures après la naissance, ne put être ranimé. On doit incriminer le traumatisme déterminé par la manœuvre de Champetier de Ribes. Suites normales. Marche parfaite le dix-huitième jour.

Observation III. (Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique, octobre 1929.)

2^e pare. Premier accouchement dystocique. Enfant mort. Femme ayant un rétrécissement limite du bassin du type annelé. Au moment de notre examen : dilatation complète, poche des eaux intacte avec procubitus du cordon, tête très élevée débordant légèrement. Symphysiotomie. Rupture artificielle des membranes. Version par manœuvres internes (M. Desnoyers). Extraction d'un enfant vivant. Suites sans incidents.

Observation IV. (Etude de 26 cas de symphysiotomies à la Zarate pratiquées au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye.)

M^{me} M. de Châtou, 28 ans, 2^e pare. Bassin généralement rétréci du type juxta-minor. Premier enfant extrait par forceps. Mort d'hémorragie méningée. Suites de couches : infection puerpérale sévère qui a déterminé une endocervicite chronique avec pertes purulentes verdâtres traitées au néofilhos; règles intermittentes; douleurs pelviennes atroces; hématométrie par atrésie orificielle. Un an plus tard, redevient enceinte. Col très sclérosé par cautérisation au fêlhos. Entre en travail, bonnes douleurs, mais la dilatation ne pouvant se faire, l'utérus tend à se contracturer; menaces de ruptures se précisent et l'on doit intervenir. Césarienne vaginale (Courtois-Grasset). Anesthésie au balsoferme. On essaie une dilatation manuelle lente et prudente et on arrive à une petite paume sans dégâts. Décollement du cul-de-sac vaginal postérieur. Incision du col et du segment inférieur, sur la ligne médiane postérieure, sur une longueur de 10 cm. Refoulement du Douglas. Abaissement du pied gauche, puis du pied droit. Extraction facile du siège et du tronc. Cordon ne bat plus. Abaissement des bras. La descente de la tête ne peut s'effectuer malgré l'expression sus-pubienne. Manœuvre de Champetier échoue, tandis que le col et le segment inférieur se rétractent sur la tête dernière. Symphysiotomie décidée. Tête descend et se dégage rapidement. Enfant ne présente ni battements cardiaques, ni mouvements respiratoires. Après trois quarts d'heure d'efforts, la respiration s'établit. A la reprise de la marche, la femme accuse quelques douleurs symphysaires et sacro-iliaques qui disparaissent en quelques jours. Depuis, la femme est redevenue enceinte et a accouché normalement.

Observation V. (Etude de 26 cas de symphysiotomie pratiquée au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye.)

M^{me} K..., 2^e pare. A l'entrée, dilatation complète. Hauteur utérine : 42 cm. Tête mobile au détroit supérieur, déborde le plan symphysaire. Rupture artificielle des membranes. Version podalique et extraction du siège. La dystocie de la tête dernière fait pratiquer une symphysiotomie à la Zarate suivie d'une application de forceps. Enfant mort-né. Suites sans incidents.

Observation VI. (Etude de 26 cas de symphysiotomie pratiquée au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye.)

M^{me} R.-G. M..., 33 ans, 6^e pare. Entre à l'hôpital le 25 novembre 19... Présentation de siège complet. A dilatation complète, après quatre heures de travail, on rompt les membranes. Grandes difficultés à extraire les épaules et ensuite la tête qui se défléchit complètement, le menton accrochant la symphyse pubienne. Une symphysiotomie à la Zarate remédie à cette dystocie de la tête dernière. Naissance rapide d'un enfant vivant de 4 kg. 800. Suites de couches satisfaisantes. La femme déclare n'avoir jamais souffert du côté de la symphyse ni des sacro-iliaques. Devenue enceinte à nouveau, elle a accouché naturellement d'un enfant de 4 kg. 400.

Observation VII. (Etude de 26 cas de symphysiotomie pratiquée au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye.)

M^{me} V..., 2^e pare. Entre à l'hôpital le 23 mai 19..., amenée par une sage-femme qui a trouvé chez elle un bassin plat et généralement rétréci, avec promonto-pubien minimum de 9 cm. Présentation du siège décomplété mode des fesses. Membranes rompues. Bien que le travail dure depuis une dizaine d'heures, la dilatation reste incomplète et le col s'œdématie tandis que la femme se fatigue. Symphysiotomie à la Zarate et incision du col. Expulsion se produit aussitôt. Naissance d'une fille vivante de 2 kg. 980, avec circulaire du cordon. Suites sans incidents.

Observation VIII. (Etude de 26 cas de symphysiotomie à la Zarate pratiquée au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye.)

M^{me} S... Entre à l'hôpital ayant déjà perdu les eaux. Femme pousse mal. Tête fixée au détroit supérieur en O. I. D. P. ne progressant pas. Pariétaux chevauchent. On tente une application de forceps au détroit supérieur sans succès. Après deux tentatives infructueuses, on fait une version. Eprouvant une grande difficulté à engager la tête dernière, on fait une symphysiotomie qui produit un écartement de 2 à 3 cm. Une épisiotomie. L'extraction se fait alors facilement. Enfant vivant de 3 kg. 800. Revue en novembre 1937, la femme déclare n'avoir jamais présenté aucun trouble à la suite de son opération.

Observation IX. (Etude de 26 cas de symphysiotomie à la Zarate pratiquée au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye.)

M^{me} D..., 2^e pare. Premier accouchement dystocique. Enfant mort. A dilatation complète, poche des eaux bombe considérablement. On ne sent pas la présentation. La tête dérape vers

la fosse iliaque. Utérus très oblique de 38 cm. Femme très fatiguée. Symphysiotomie. Version podalique avec grande extraction du siège. Enfant vivant de 3 kg. 790. Suites normales.

Observation X. (La Médecine, décembre 1936.)

5^e pare, 37 ans. Un enfant mort. Trois vivants. Entre à la maternité de Lariboisière le 14 avril 1936. Dilatation un franc. Bassin généralement rétréci. Siège décomplété, mode des fesses, fixé en S. I. G. A. Dilatation ne progresse pas. On dilate le col aux bougies de Heggar et l'on pose un ballon de Champetier. Rupture de la poche des eaux. Expulsion du ballon. Le lendemain, dilatation complète mais présentation ne progresse plus. Symphysiotomie à la Zarate. Enfant vivant de 3 kg. 980. Quinze jours après, la femme quitte le service avec une légère douleur de la marche qui restait difficile. Revue dernièrement, elle va tout à fait bien et n'a gardé aucune impotence fonctionnelle.

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

RÉSULTATS

Sur ces dix observations, nous avons deux sièges complets, trois sièges décomplétés mode des fesses et cinq présentations transformées en siège par version.

Nous remarquerons tout de suite que ces observations ne concernent que des multipares, ce qui a permis d'être renseigné sur l'histoire des accouchements antérieurs; et, en effet, la plupart de ces femmes ont eu des accouchements antérieurs dystociques. Nous relevons deux cas de mort fœtale. Dans un cas (V) à la suite d'une version, dans l'autre (II) à la suite d'une manœuvre de Champetier de Ribes, et l'enfant, dont les battements persistèrent deux heures après la naissance, ne put être ranimé. On doit, vraisemblablement, incriminer le traumatisme déterminé par cette manœuvre et la perte de temps qu'elle entraîna.

Un cas à peu près semblable se retrouve dans l'observation IV, mais ici l'enfant a pu être ranimé. Ces trois observations confirment ce que nous avons dit, à savoir que les résultats des symphysiotomies faites après version ou après échec de la manœuvre de Champetier de Ribes sont très aléatoires. Dans tous les autres cas, la symphysiotomie a été faite avant la dilatation complète, alors que la présentation ne progressait plus, que le travail était commencé depuis un temps relativement long et que la femme commençait à se fatiguer. Dans tous ces cas, elle a permis d'extraire rapidement des enfants vivants. Au point de vue maternel, si quelques incidents sont à signaler, insistons tout de suite sur ce fait qu'ils ont été passagers. Une incontinence d'urine (I) n'a duré que quelques jours. Dans l'observation IV, la femme

accusa quelques douleurs symphysaires et sacro-iliaques qui disparurent rapidement, et si, dans l'observation X, la femme présenta en quittant le service une légère douleur de la marche qui était difficile, ce fut d'une façon passagère, puisque, revue quelques jours après, elle ne présentait plus aucune impotence fonctionnelle. Dans tous les autres cas, les suites furent sans incidents. La marche put être reprise au dix-huitième et même au quinzième jour, et la plupart de ces femmes, revues plus tard, étaient en excellent état à tout point de vue. Quelques-unes d'entre elles sont même redevenues enceintes et ont même accouché normalement.

CONCLUSIONS

1° La rétention de la tête dernière par un rétrécissement *méconnu* du détroit supérieur s'observe quelquefois.

2° Cet incident, si la manœuvre de Champetier de Ribes échoue, entraîne obligatoirement la mort du fœtus.

3° L'exécution *rapide* d'une pelvitomie pourrait constituer dans un cas de ce genre un traitement efficace, et c'est l'opération de Zarate qu'on pourrait réaliser le plus rapidement, à condition d'en avoir l'habitude.

4° Par contre, si le rétrécissement pelvien est *reconnu* et modéré, la symphysiotomie reprend ses droits si l'on écarte délibérément la césarienne.

5° Cette pelvitomie est un bon moyen de résoudre la difficulté, à condition d'être préventive et précoce.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :

COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Brindeau.* — Deux cas de symphysiotomie à la Zarate pour dystocie de la tête venant dernière. (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., avril 1926.)
- Cathala.* — A propos des pelvitomies; le passage préventif du fil-scie de Gigli avant l'extraction de la tête dernière dans les rétrécissements modérés du bassin. (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., 1924.)
- Costa.* — Symphysiotomie partielle par coupures de la partie supérieure de la symphyse pubienne. (Rev. franç. Gyn. et Obst., Paris, 1920.)
- Courtois et Balazuc.* — Etude de 26 cas de symphysiotomie à la Zarate pratiqués au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye, avec résultats éloignés.
- Couvelaire.* — Indications des pelvitomies. (Bull. Soc. Obst. et Gyn., 1924.)
- Desnoyers.* — 20 observations de symphysiotomie. (Rev. franç. Gyn. et Obst., 1929.)
- Desnoyers.* — Quelques remarques sur la symphysiotomie sous-cutanée. (Rev. franç. de Gyn. et Obst., 1936.)
- Devraigne.* — La symphysiotomie dite à la Zarate. (La Médecine, 1936.)
- Von der Horst.* — Contribution à l'étude de la symphysiotomie sous-cutanée suivant la méthode de Zarate. (Thèse Paris, 1927.)
- Jeannin et Dubrisay.* — Précis d'accouchement.
- Le Lorier.* — Des indications des pelvitomies; choix du procédé. (Rapport au IV^e Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française; Gyn. et Obst., 1925.)

Michelon. — La symphysiotomie sous-cutanée partielle selon le procédé de Zarate. (La Loire Médicale, novembre 1932.)

Peytavin. — De la symphysiotomie partielle sous-cutanée. Etude critique de 45 observations de symphysiotomie suivant le procédé de Zarate. (Thèse, Paris, 1931.)

Reeb. — Symphysiotomies sous-cutanées suivant Zarate. (Bull. Soc. Obst. et Gyn., octobre 1929.)

Vandescal. — Indications de la symphysiotomie. (L'Hôpital, avril 1927.)

